

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会

事例検討

～ 在宅医療における連携 ／認知症を含むマルチモビディティへの取組 ～

社会医療法人祐愛会 織田病院
理事長

織田 正道

藤田医科大学 連携地域医療学 助教
豊田地域医療センター総合診療科 在宅医療支援センター長

近藤 敬太

在宅医療における連携

社会医療法人祐愛会 織田病院

理事長 織田 正道

講義の内容

かかりつけ医と在宅療養支援病院、介護保険施設等とその協力医療機関が役割を分担し、情報を共有しながら、24時間体制で継続的かつ柔軟に地域を支える事例を示す。

目次

1. かかりつけ医と在宅療養支援病院（在支病）との連携の実際
2. 介護保険施設等と医療機関の協力体制と連携要件
3. ICT活用による情報共有と会議の実施体制
4. 連携による医療・介護双方の質向上と加算算定への対応
5. 多職種連携と地域包括ケアの推進に向けた課題と展望

1. かかりつけ医と在宅療養支援病院(在支病) との連携の実際

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・ 在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の 基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4 km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型 在支診・在支病 の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の 緊急往診の 実績 10件以上	⑩ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で31 件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている	⑧ 過去1年間の 緊急往診の実績 連携内で10件以 上 各医療機関で4 件以上	⑩ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件 以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で 31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の 医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑪ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑫ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出 加算に係る届出を行っていること。</u>					

970

392

225

R3

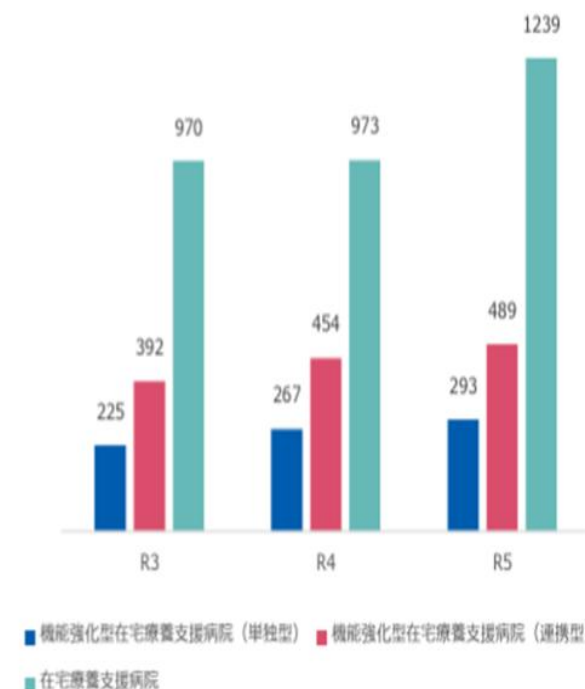
■ 機能強化型在宅療養支援病院

■ 在宅療養支援病院

在宅療養支援病院の施設

- ・許可病床数200床未満
- ・24時間の連絡を受け
- ・緊急時の入院体制、

在支病数



在宅療養支援病院の施設基準

- ・許可病床数200床未満(もしくは半径4km以内に診療所が存在しない)
- ・24時間の連絡を受ける体制、24時間の往診・訪問看護体制
- ・緊急時の入院体制、連携医療機関等への情報提供 等

全ての在宅療養支援診療所(在支診) ・在宅療養支援病院(在支病)の基準

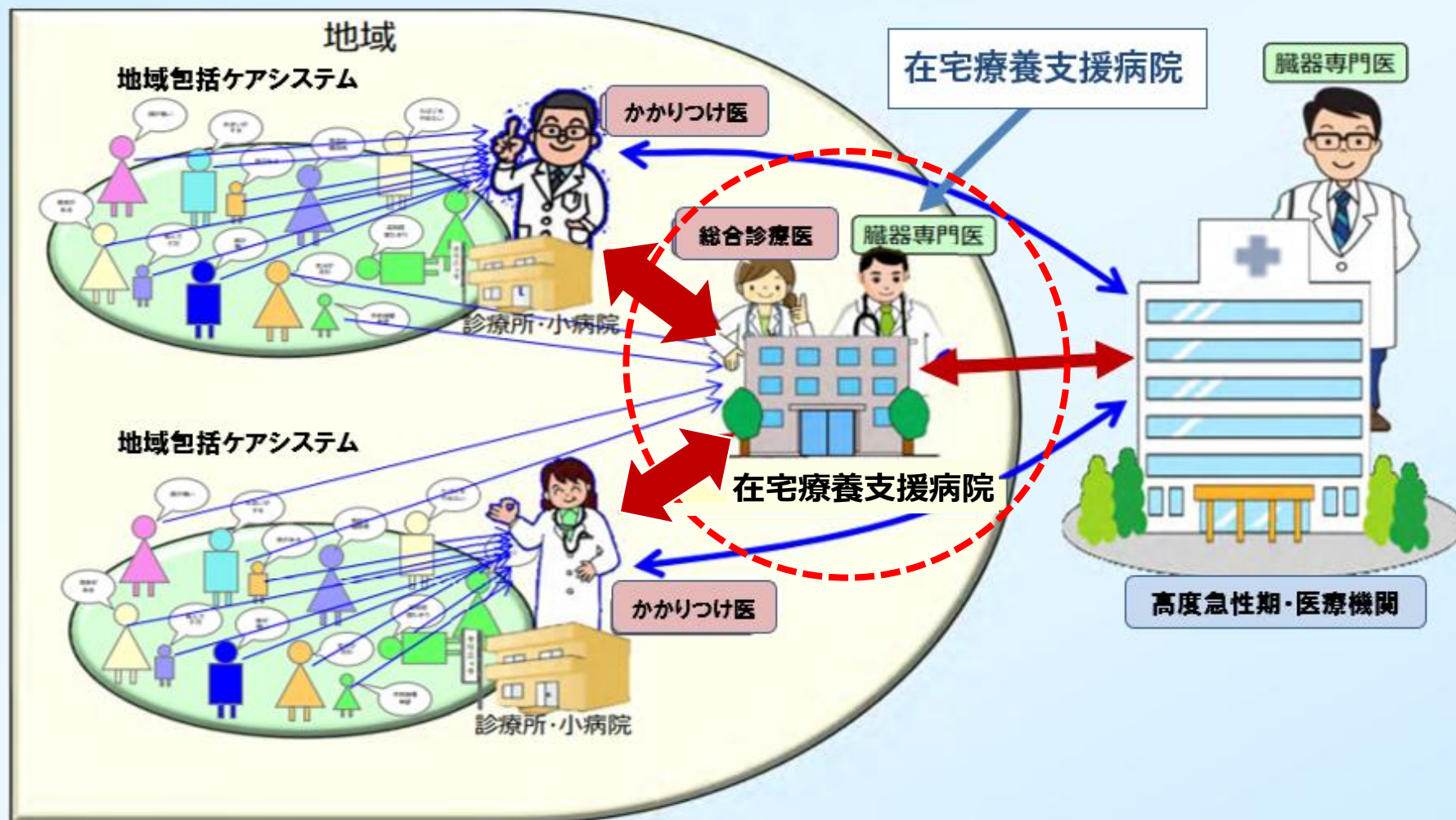
- ① 24時間連絡を受ける体制の確保
- ② 24時間の往診体制
- ③ 24時間の訪問看護体制
- ④ 緊急時の入院体制
- ⑤ 連携する医療機関等への情報提供
- ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している
- ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成
- ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
- ⑨ 介護保険施設等から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい

機能強化型在支診・在支病の基準

- ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師（連携内で） 3人以上
- ⑧ 次のうちいずれか1つ
 - ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上
 - ・ 在支診等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在支診等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上（在支病のみ）
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている（在支病のみ）
- ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上
- ⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい

在宅療養支援病院（役割と連携）

かかりつけ医と連携し在宅医療において積極的役割を担う



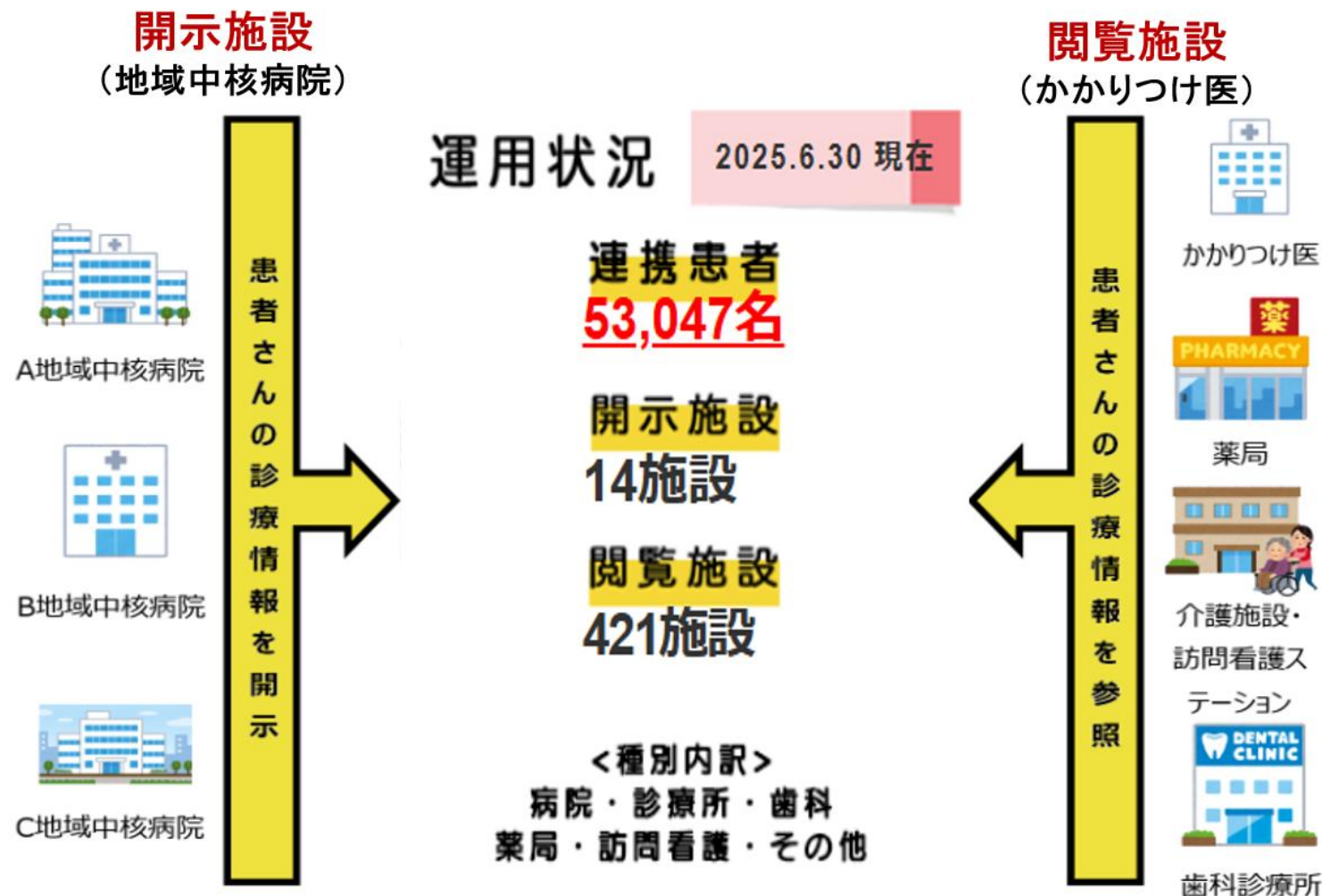
全日本病院協会総合医育成プログラムより「総合診療医とは」筑波大学附属病院 総合診療科 前野哲博 一部修正 7

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会「事例検討～在宅医療における連携／認知症を含むマルチモビディティへの取組～」 織田正道、近藤敬太

ピカピカリンク

「佐賀県診療情報地域連携システム（「ID-Link」の仕組みを採用）

患者同意のもと診療情報を、連携する医療機関等で相互に閲覧可能とする



■背景

在宅医療では、かかりつけ医が単独で24時間対応するには限界がある。複数の医師・機関による柔軟な分担と連携が不可欠

■在支病の役割

地域のかかりつけ医と連携し、支援的役割を担う

夜間・休日などのバックアップ、急変時対応、在宅医不在時の代替診療の受皿となる

■実践事例

平時かかりつけ医が在宅患者を診療、入院必要時に在支病へ相談、受入体制整える。医師同士の信頼関係・事前情報共有が前提

■効果

24時間体制の負担軽減、患者にとっても安心な診療体制

2. 介護保険施設等と医療機関の協力体制と 連携要件

■背景

介護保険施設等では、医療ニーズの高い入所者に対応するため、協力医療機関（複数の医療機関の分担も可）の設置が義務化

■3つの要件

いつでも相談できる体制、いつでも診療してくれる体制、いつでも入院を受けてくれる体制の3点を満たす協力関係が対象

■制度的な対応

平時からの医療情報の共有と役割分担が不可欠

■連携の具体例

施設と協力医療機関の医師による月1回の合同会議、状況に応じてICTで対応、緊急時は電話やオンラインで即時連絡・判断

■加算の仕組み

ICTを活用した情報共有体制を整備したうえで年3回以上の会議、または月1回以上の会議により連携することが、診療報酬・介護報酬における加算（※）の算定要件となっている。

※診療報酬：協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等
連携往診加算

介護報酬：協力医療機関連携加算

3. ICT活用による情報共有と 会議の実施体制



全体ミーティングでの患者状態確認。情報は視覚化され、共有もスムーズ。

ただし、ICT活用の際には『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に沿うこと

■背景

限られた人的資源の中でICTの導入は物理的距離や時間の制約を超えた情報連携を可能とする

■ICT活用の主な目的

入所者の診療・看護・介護情報を可視化し、医療機関と介護施設とのリアルタイムな情報共有が可。会議の効率化・記録の自動化

■具体的な活用方法

連携ネットワークの利用、定例会議のWEBカンファレンス

■ICT導入の効果

情報のタイムラグ軽減、医師不在時でも施設職員の安心感あり
会議回数要件（年3回以上）を満たす柔軟な対応が可能

■課題と展望

情報漏洩対策と運用ルールの整備、現場スタッフへの教育・サポート体制の必要性

4. 連携による医療・介護双方の質向上と 加算算定への対応

■背景

制度面でも実効性ある連携に対して診療報酬上の評価新設

■加算算定の要件整理

医療機関が「協力医療機関」として定められていること
介護保険施設等との3つの体制（相談・診療・入院）の構築
会議や情報共有体制（年3回以上＋ICT、または月1回以上）整備

■医療・介護連携がもたらす効果

協力医療機関：医療機関が介護保険施設等で果たす役割明確化
介護保険施設：医療支援の確保による安全性・入所者家族の安心感

■質の向上への波及効果

状態変化の早期発見・看取りを含めたケアの質的向上

■今後の課題

医療・介護双方でICT活用の進化、実質的な医療支援体制の改善と継続

医療と介護の連携の推進（イメージ）

厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252073.pdf>

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
 介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
 入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
 高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
 地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
 (カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

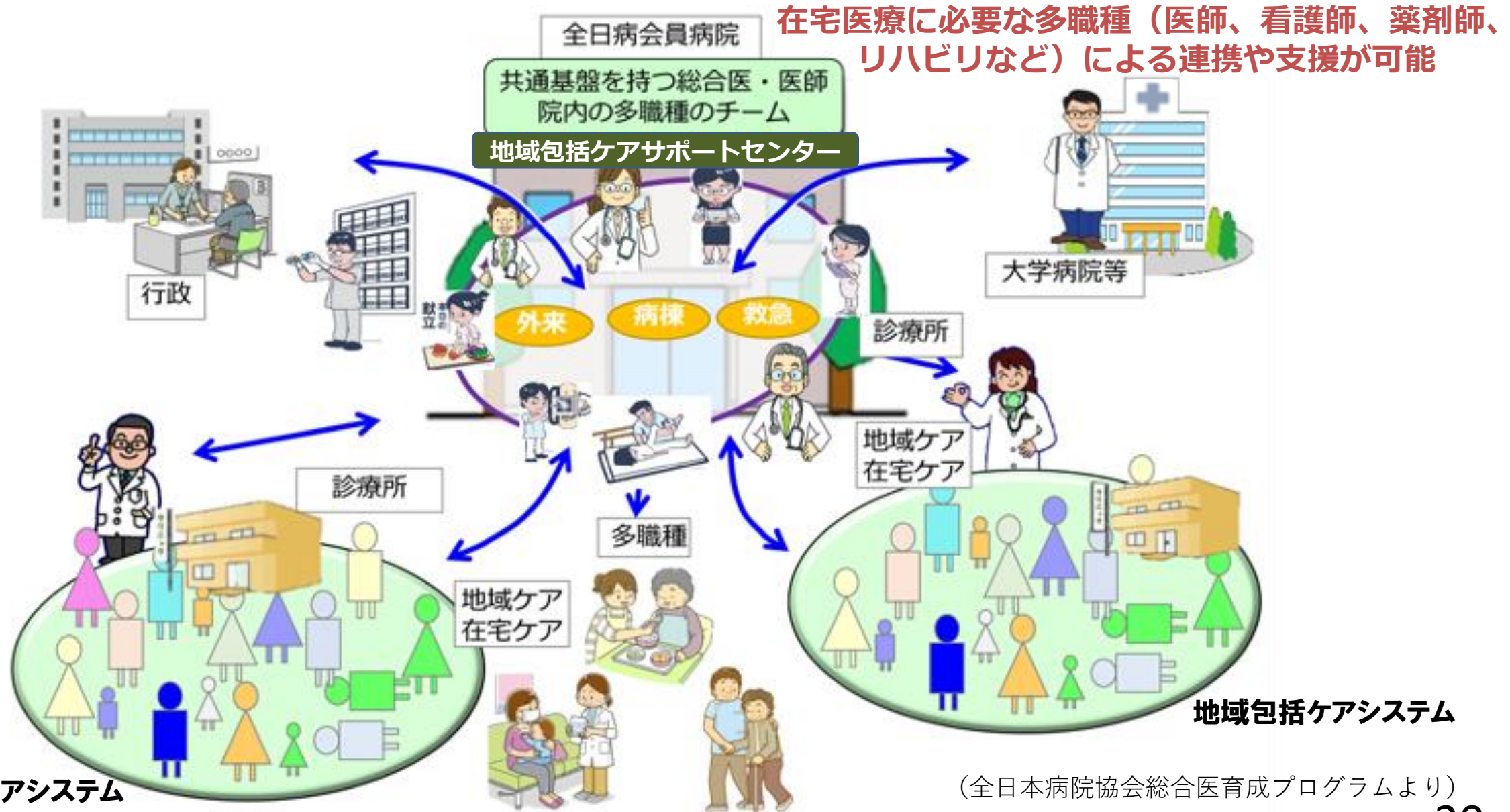
- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
 以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
 ① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
 ② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
 ③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
 ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
 介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
 感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
 入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入れの努力義務化**
 退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
 入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
 算定対象に歯科医師を追加

5. 多職種連携と地域包括ケアの推進に向けた 課題と展望

在宅療養支援病院に期待される地域医療の窓口機能



地域包括ケアシステム

（全日本病院協会総合医育成プログラムより）



多職種協働の在宅医療支援チーム

ヘルパー

訪問リハ

MSW

ケアマネ

訪問看護

情報共有が
スムーズ！

Dr

地域との顔の見える関係作り

他事業所介護職員の研修や、地域住民への啓発活動を積極的に企画する

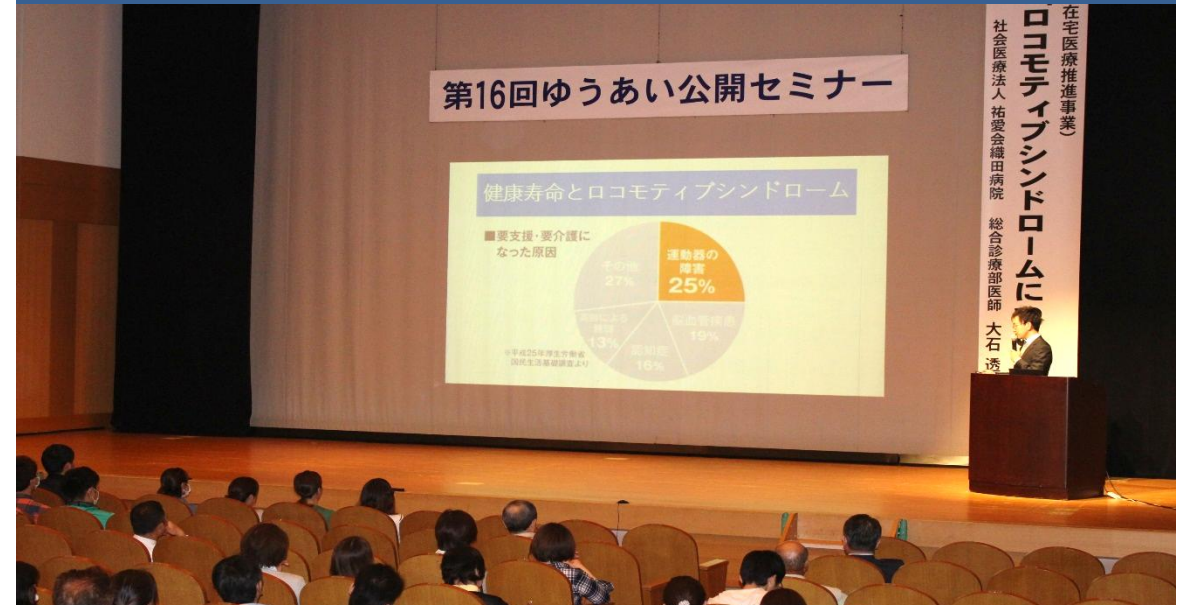
地域リーダー研修事業
～多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業～



在宅サービス関係者対象の勉強会（月1回）



市民公開講座（月1回）



ヘルスアップ事業（随時）



■背景

医療・介護・福祉の境界を越えた多職種連携が不可欠。在宅・施設・病院がシームレスな「地域包括ケアシステム」の実現

■多職種連携で生活を支援

多職種が専門性を生かしつつ「生活全体」を支える視点が必要

■成功事例の共通点

定期的なカンファレンス（ICT含）、情報共有ツール、本人と家族を含めた支援方針の合意形成

■今後の展望

医療職の偏在と人材不足に対応する地域住民も巻き込んだ「地域連携型のチーム医療」の可能性

■課題

地域差の是正、持続可能な制度設計、職種間の役割調整とリーダーシップの育成

■ 講義「事例検討～在宅医療における連携～」のまとめ

- 在宅医療・介護の現場では「**連携**」こそが**最大の武器**
- **かかりつけ医・在支病の連携**により柔軟な24時間体制を構築
- **協力医療機関**が介護保険施設等を支援し医療安全と質を向上
- **ICT活用**で効率的かつ持続可能な**情報共有**
- **加算算定の仕組み**を活かしながら今後の連携体制を確保
- **多職種連携の深化**が地域包括ケアの推進力

■ 受講者に期待すること

- 自院・自施設の**連携体制の現状把握**と改善
- 在宅医療を担う**医療機関同士の連携体制**を構築
- 在宅医療を担う**多職種(介護関係含)との信頼関係**を構築
- 小さな**実践の積み重ね**が、やがて地域全体を変える

認知症を含む マルチモビディティへの取組

藤田医科大学 連携地域医療学 助教
豊田地域医療センター総合診療科 在宅医療支援センター長
近 藤 敬 太

はじめに

- ・複数の慢性疾患を抱える患者を
「**マルチモビディティ（多疾患併存）**」と呼ばれている。
- ・マルチモビディティは複雑で対応が難しい場合も多く、
医学的適応のみならず、患者の意向や生活の質（QOL）、社会的背景等を考慮した個別のアプローチが重要である。

目次	1. マルチモビディティとは
	2. マルチモビディティを抱える患者への視点
	3. 事例検討

1. マルチモビディティとは

82歳男性

- 10年前から**本態性高血圧症**、**2型糖尿病**で妻が運転する車で来院し、月1回の外来診療を続けていた。
- 徐々に認知機能が低下し、1年前に**アルツハイマー型認知症**と診断、コリンエステラーゼ阻害薬の内服を開始。
- 認知機能低下により服薬アドヒアランス低下。血圧、血糖コントロールも悪くなり、**糖尿病性腎症**も増悪。腎機能を考えると内服薬も調整せざるを得なくなってきた・・・

マルチモビディティ（多疾患併存）とは？

- マルチモビディティ（Multimorbidity、多疾患併存）とは
「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態で、中心となる疾患を特定できない状態」のこと
- 一方で、特定の疾患が中心となって
合併症が生じている場合はコモビディティ（併存症）と呼ぶ
- コモビディティ（併存症）の例
 - 肺がん患者の肺炎
 - 2型糖尿病患者の糖尿病性神経症、糖尿病性網膜症

なぜ、マルチモビディティが重要なのか？

- 本邦の成人の29.9%、**高齢者（65歳以上）**では**62.8%**がマルチモビディティとの報告がある⁽¹⁾。
- **QOL低下、身体機能低下、メンタルヘルス障害、入院増加、診断エラー、死亡率増加**まで、様々なリスクとの関連が報告されている^{(2),(3)}。
- **ポリファーマシー、服薬回数の増加、受診や検査頻度の増加**など、治療に関連する負担が増大しやすい傾向にある⁽⁴⁾。

巻末参考文献(1) (2) (3) (4)より

2. マルチモビディティを抱える 患者への視点

マルチモビディティを抱える患者への対応が難しい理由

- ・ マルチモビディティを抱える患者に**個々の疾患の診療ガイドラインを単純に組合わせて適用してしまうと患者の負担が増大し、逆にマイナスに作用することもある。**
- ・ 海外では、**マルチモビディティを抱える患者への視点**について、ガイドラインなどでまとめられている。

米国老年医学会が推奨する マルチモビディティを抱える患者への視点

- | |
|-------------------------------------|
| 1) 受診や相談の目的を明確にする |
| 2) 現在の問題点に行われている介入の評価をする |
| 3) 患者の意向を確認する |
| 4) 重要なアウトカムに関するエビデンスを確認する |
| 5) 予後を予測する |
| 6) 治療と疾患の相互作用、薬剤相互作用を確認する |
| 7) 介入の利益とリスクを検討する |
| 8) 患者や家族と話し合い、今後の治療、介入について決定する |
| 9) 時間をおいて介入プランが実行可能か、意向に添っているか再評価する |

巻末参考文献(5)より作成

マルチモビディティを抱える患者に対応するために

- ・ 大切なのは、単一の疾患に注目するのではなく、**複数の疾患を抱える患者を包括的に捉える視点**である。
- ・ 医学的適応だけではなく、**患者の意向や生活の質（QOL）、社会的背景等を考慮し、患者一人ひとりに合わせたテーラーメイドのアプローチを多職種で協働して実践**することが不可欠である。

全ての疾患・状態の完璧を目指すのではなく、多職種で協働して患者毎に最適な目標を設定する

3. 事例検討

82歳男性

- 10年前から**本態性高血圧症**、**2型糖尿病**で妻が運転する車で来院し、月1回の外来診療を続けている。
- 徐々に認知機能が低下し、1年前に**アルツハイマー型認知症**と診断、コリンエステラーゼ阻害薬の内服を開始。
- 認知機能低下により服薬アドヒアランス低下。血圧、血糖コントロールも悪くなり、**糖尿病性腎症**も増悪。腎機能を考えると内服薬も調整せざるを得なくなってきた…
- 現在は要介護認定を受けておらず、妻と2人暮らし、子供は長女のみで県外で暮らしている。

本事例で重要と考えた “視点”

- | |
|---------------------------------------|
| 1) 受診や相談の目的を明確にする |
| 2) 現在の問題点に行われている介入の評価をする |
| 3) 患者の意向を確認する |
| 4) 重要なアウトカムに関するエビデンスを確認する |
| 5) 予後を予測する |
| 6) 治療と疾患の相互作用、薬剤相互作用を確認する |
| 7) 介入の利益とリスクを検討する |
| 8) 患者や家族と話し合い、今後の治療、介入について決定する |
| 9) 時間をおいて介入プランが実行可能か、意向に添っているか再評価する |

巻末参考文献(5)より作成

問題点に対する介入の評価（医学的側面）（1/2）

- 本態性高血圧症：
ARB（アンジオテンシンII受容体拮抗薬）服薬中だが、
薬の飲み忘れにより、家庭血圧は150/90mmHg前後で推移
- 2型糖尿病：
DPP-4阻害薬内服中だが、
薬の飲み忘れにより、HbA1c 9.5%前後で推移
- 糖尿病性腎症(1期)：
eGFR30mL/分/1.73m²前後で推移、正常アルブミン尿

問題点に対する介入の評価（医学的側面）（2/2）

- ・ アルツハイマー型認知症：
改訂長谷川式簡易知能評価（HDS-R）18点、
コリンエステラーゼ阻害薬内服中、心理行動症状なし

問題点に対する介入の評価（社会的側面）（1/2）

- ・介護状況：
妻と2人暮らしであり、介護保険は未申請
- ・家族の状況（妻）：
いつも外来受診に付き添う妻の認知機能は不明
- ・家族の状況（長女）：
県外在住の長女と私は直接話したことはなく、
患者本人の状態を長女がどこまで把握しているか分からない

問題点に対する介入の評価（社会的側面）（2/2）

- ・ 本人の生活歴：
定年まで自動車会社に勤務し、工場で働いていた
- ・ 本人の趣味や生きがい：
以前は庭いじりや日曜大工が趣味であったと聞いていたが、
現在はどの程度できているか不明であった
- ・ 本人の意向：
今後どこでどのような生活をしていきたいかなど、
本人の意向については充分聴取できていなかった

重要なアウトカムに関するエビデンスを確認する

- 本態性高血圧症：
75歳以上の高齢者でも、併存疾患がある場合は
診察室血圧の降圧目標は130/80mmHg未満だが、
過降圧などのリスクを考えて個別の目標設定が望ましい
- 2型糖尿病：
高齢者でも合併症予防のための目標はHbA1c 7.0%未満だが、
低血糖リスクがある場合はHbA1c = 8.0%未満が目標となる
- 介護状況：
デイケア（通所リハビリテーション）などのリハビリテーションへの参加はADL低下予防に繋がるとされている

介入の利益とリスクを検討する

- 本態性高血圧症／2型糖尿病への介入（医学的側面：内服薬）
利益：**内服継続で慢性腎不全などの合併症予防**ができる
リスク：過量内服による過降圧、低血糖により、
転倒や骨折などのリスクが増大する可能性あり
- アルツハイマー型認知症への介入（社会的側面：介護保険）
利益：介護保険による訪問介護やデイケアなどの
サービス導入によって**薬の飲み忘れを防いだり、**
ADL低下の進行を防ぐことができる可能性がある
リスク：明らかなリスクはない

患者や家族と話し合い、治療や介入について決定

- 本人の意向の確認：
本人が今後の暮らしについてどう考えているか、
どのようにしたいかの**意向の確認**が必要
- 妻の状況確認：
いつも付き添う**妻の健康状態や認知機能、
世帯の経済状況**などは介護力に影響するため**確認**が必要
- 長女の状況確認：
患者本人とどの程度関わっているか不明で、病状理解も不明
**病状理解とこれからの暮らしについての考えを確認し、
病状説明と必要に応じて介護保険制度の説明**が必要

実際のアプローチ：家族同席の上で診察（1/2）

- ・ 長女に声をかけ、午前の診療の最後に時間を取り、
本人と妻、長女同席の上で診察を行った。
- ・ 本人について：
庭いじりを今も続けており、それが生きがいになっていた。
長女や妻に聞いても、本人と妻との関係は非常に良く、
自分で建てた自慢の庭がある自宅に愛着を持っていた。
- ・ 本人の不安に感じていたこと：
薬を飲んだか分からなくなり不安になったり、
妻とこのまま暮らし続けていけるのか不安に思っていた。

実際のアプローチ：家族同席の上で診察（2/2）

- ・長女について：
長女は患者宅から車で30分程度の距離に在住、
週1回、半日程度訪問してサポートすることは可能であった。
また、**長女のみと話を**して認知機能低下について説明すると、
把握しておらず驚いた様子であった。
- ・妻について：
かかりつけ医に高血圧で通院中であるが、長女によると
薬の飲み忘れなどもなく、**認知機能低下は認めていなかった**。
夫の認知機能低下には気付いていたが指摘できず、
夫のことをサポートしていきたいと考えていた。

本人の意向

- ・ 庭いじりが生きがい
- ・ 妻も娘もサポートしたい
- ・ 自宅に愛着があるが
住み続けられるか不安

医学的問題

- ・ 本態性高血圧症、糖尿病、
糖尿病性腎症、
アルツハイマー型認知症
- ・ 服薬アドヒアランス低下

周囲の状況

- ・ 老々介護
- ・ 長女は車で30分程度の
距離に在住、
週半日のサポートが可能

実際のアプローチ：環境調整

- ・ これからも自宅での生活や庭いじりを続けられるように、**かかりつけ医として困ったことは何でも相談に乗ると約束。**
- ・ 長女に依頼したこと：
介護保険申請を依頼。週1回自宅を訪問してもらい、**薬の飲み忘れの確認と受診時の付き添い**をお願いした。
- ・ 介護保険について：
フレイル予防のためのデイケアへの参加が望ましいと主治医意見書に記載。**要介護1の認定**となり、週2回の**デイケアと訪問介護を開始**。ケアマネジャーによると本人、長女の経済状況は困窮していなかった。

実際のアプローチ：医学的側面

- ・服薬アドヒアランス向上のために、**内服薬の一包化、ヘルパーによる服薬の確認、お薬カレンダーの使用**を開始。
- ・薬の飲み忘れが減り、**内服薬を増やさずに診察室血圧は130/80mmHg未満で推移した。**
- ・**HbA1cも改善し、HbA1c=8.0%前後で推移、腎機能も増悪なく経過した。**
- ・転倒などの有害事象は認めず、**月1回の外来診療を継続した。**



- 本人の経過：
半年前に妻が脳梗塞で倒れ、そのまま急逝した。
長女が付き添う受診時の診察室での様子は
気丈に振る舞って特に変わらない様子であった。
- ケアマネジャーからの報告：
ヘルパーからケアマネジャーに自宅で塞ぎ込んでいる様子が見られると連絡が入った。ケアマネジャーが本人に聞くと、
妻がいた頃は買い物などに一緒に外出していたが億劫になり、
受診とデイケア以外は全く外出しなくなっていた。
庭の草木も生い茂り、手入れがされていない様子であった。

- ・ 膝の痛みが出現し、活動量がさらに低下。
- ・ 膝関節レントゲン画像で**両側性変形性膝関節症**と診断。
家の中では寝たり起きたりの状況となっていた。
- ・ HDS-Rは3年前の18点から13点まで悪化、
ADLの低下、認知機能低下を認めたため
介護保険は区分変更申請を行い、**要介護2の認定**となった。
- ・ 受診の際に長女と話をしたところ
「外に出たくないから受診も行きたくないと言われました。
同居を勧めているのですが、あまり気が乗らないようで・・・」
とのことであった。

本事例で重要と考えた “視点”

- | |
|---------------------------------------|
| 1) 受診や相談の目的を明確にする |
| 2) 現在の問題点に行われている介入の評価をする |
| 3) 患者の意向を確認する |
| 4) 重要なアウトカムに関するエビデンスを確認する |
| 5) 予後を予測する |
| 6) 治療と疾患の相互作用、薬剤相互作用を確認する |
| 7) 介入の利益とリスクを検討する |
| 8) 患者や家族と話し合い、今後の治療、介入について決定する |
| 9) 時間をおいて介入プランが実行可能か、意向に添っているか再評価する |

巻末参考文献(5)より作成

問題点に対する介入の評価

- ・ 外出拒否と塞ぎがちな状態：
妻の逝去による悲嘆反応と考えていたが、半年間継続しており、うつ病や除外すべき疾患の精査が必要と考えた。
- ・ 両側性変形性膝関節症：
外来では疼痛の訴えはなかったが、デイケアの担当の理学療法士から可動域制限や疼痛が以前より増悪している
と情報提供があった。
- ・ 午前の診療の最後に時間を取り、**本人と長女同席の上で
今後の方針について検討することとした。**

本人の意向

- ・ 外出を拒否している
- ・ 娘は同居を勧めるも
気が乗らない様子

医学的問題

- ・ 認知機能低下が進行
- ・ 両側性変形性膝関節症
によりADL低下
- ・ 塞ぎがちな状態

周囲の状況

- ・ 半年前に妻が逝去し独居
- ・ 長女は変わらず
サポートを継続している

実際のアプローチ：医学的側面

- ・うつ病は**2 質問法（抑うつ気分、興味の消失）**は陰性であった。
- ・認知機能低下の原因検索として行った血液検査でも**甲状腺機能低下やビタミンB群欠乏は認めなかった。**
- ・受診時に本人から「外に出ると帰れなくなりそうで怖い。**膝の痛みは薬なんて効かないと思っていた。**」と話があった。
- ・**認知機能低下と膝関節の疼痛**が外出拒否の原因の1つと考えた。
- ・両変形性膝関節症はデイケアでのリハビリテーションに加えて**鎮痛薬の定期内服による疼痛コントロール**も開始した。

実際のアプローチ：家族面談

- ・ 2週間後の外来で疼痛は改善傾向であったが、診察外で時間を取り、ケアマネジャーも同席の上で本人の意向を確認
- ・ 本人から
車に乗ってどこかに行くのが怖い。
娘と住むのは気を遣うし、施設とかには絶対に入りたくない。
これからも自宅で暮らしていき、できれば庭いじりもしたい。
と話があり、在宅で診療を継続することも可能であると伝えると本人はとても喜び、長女もこれに同意した。

**家族や多職種と共に本人の在宅で過ごしたい
という想いを共有し、訪問診療を開始した**

- ・まずは**月1回ずつ訪問診療、訪問看護を開始し、**
デイケアは月2回の訪問リハビリテーションへと切り替えた。
- ・ヘルパーと一緒に散歩をしたり、歩いて行ける範囲の
スーパーへと**買い物に出かける機会**を作った。
- ・フレイルによる筋力低下を防ぐため、**昼食は配食サービス、**
その他は栄養指導を本人と受けた長女に週2回作り置きして
もらい、栄養状態にも配慮しながら訪問診療を継続した。
- ・しかし、配食サービスの食事を残しがちであると
訪問看護から報告があった。

- ・ 本人に聞くと「**配食サービスの食事はあまり美味しくない。知り合いもたまに食事を持ってきてくれてそれを食べている。**」とのことであった。
- ・ ケアマネジャーに相談したところ、町内に住むA夫妻と以前はよく互いの家を行き来しており交流があった様子で、その方が食事を届けてくれているのではとの話であった。
- ・ 本人の同意を得てケアマネジャーから連絡先を聴き、A夫妻に連絡すると、**次回の訪問診療日に同席してくださることとなった。本人と長女にも同意を得た上で、本人の病状について診察時に共有することとした。**

- ・ 同席したA夫妻はたまにおにぎりなどは届けていたが、妻が亡くなり落ち込んで、認知機能が低下してきた本人にどう声をかけてよいか分からず、以前の様な交流ができていなかったとのことであり、病状について説明を行った。
- ・ この訪問診療をきっかけに交流も再開し、**一緒に庭いじりをしたり、定期的に食事などを届けてくれるようになった。**

**介護保険などのフォーマルサービスだけでなく、
隣人の協力などインフォーマルな支援も利用しながら、
現在も自宅での療養を継続できている**

「事例検討～認知症を含むマルチモビディティへの取組～」 おわりに

- ・ **マルチモビディティとは、
複数の慢性疾患が併存している状態で、
中心となる疾患を特定できない状態のことである。**
- ・ **マルチモビディティは複雑で対応が難しい場合も多く、
医学的適応だけではなく、患者の意向や生活の質、
社会的背景等を考慮し、患者一人ひとりに合わせた
テーラーメイドのアプローチを
多職種で協働して実践することが重要である。**

参考文献

- (1) Aoki T, et al : Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep, 8 : 3806, 2018
- (2) France EF, et al : Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies. Br J Gen Pract, 62 : e297-e307, 2012
- (3) Aoki T & Watanuki S : Multimorbidity and patient-reported diagnostic errors in the primary care setting: multicentre cross-sectional study in Japan. BMJ Open, 10 : e039040, 2020
- (4) Wallace E, et al : Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ, 350 : h176, 2015
- (5) American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity : Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc, 60 : 1957-1968, 2012